54

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1903 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 26 novembre 1903, à 1 heure

PAR

Charles BARDON

Quelques mots sur le rôle étiologique

DES

MALADIES INFECTIEUSES

DANS

L'APPENDICITE

Président : M. RAYMOND, *professeur*
Juges : MM. BALLET, *professeur*
VAQUEZ et RICHAUD, *agrégés*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
H. JOUVE
15, rue Racine, 15
1903

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL.
	BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et sypilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
	TERRIER.
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	De Lapersonne.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN.
	PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA TOURETTE	LEPAGE	THIERY
BESANÇON		MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (Aug.).	GOUGET	MERY	VAQUEZ
BROCA André)	GUIART	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY	WALTHER
CUNEO	JEANSELME	RENON	WIDAL
DEMELIN	LANGLOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LAUNOIS	RIEFFEL (chef des travaux anat.)	
DUPRE	LEGRY		

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

QUELQUES MOTS

Sur le rôle étiologique des Maladies Infectieuses

DANS L'APPENDICITE

INTRODUCTION

L'appendicite n'est pas une maladie nouvelle ; mais on a mis 5000 ans à la découvrir. Il est en effet question de momies à l'une des séances de l'Académie des Sciences de 1902 ; nous y apprenons qu'une d'elles, étudiée par M. le Dr Fouquet, et datant de la XIe dynastie des Pharaons, présente des lésions péritonéales nettes ; M. Lannelongue remarque que ces lésions sont beaucoup plus prononcées au niveau de la fosse iliaque droite, et c'en est assez pour que le savant professeur les subordonne à un processus appendicitaire.....

On trouve encore dans la littérature pathologique d'il y a 100 ans des cas évidents de perforations appen-

diculaires. Pourquoi donc l'appendicite a-t-elle si longtemps tardé à prendre dans le cadre nosographique la place qui lui convient? C'est que l'anatomie pathologique est une science moderne; c'est aussi que l'interprétation clinique de cette maladie a subi bien des vicissitudes, communes à une foule d'autres affections; et il n'y a pas lieu de s'en étonner, si l'on réfléchit qu'il a fallu des siècles pour s'apercevoir que la nature n'a pas horreur du vide. Peut-être aussi l'appendicite était-elle moins fréquente autrefois; les maladies, comme les idées, ont une vie spéciale; il en est qui naissent de la barbarie; d'autres de la civilisation.

Il n'est pas un sydrôme abdominal au rôle duquel elle n'ait été d'abord inscrite; on rapportait ses symptômes tantôt au foie, tantôt au rein, et tantôt à l'utérus ou à l'ovaire. Puis le champ des hypothèses se rétrécit; on localisa bientôt mieux ses origines; Albers de Bonn en fit la typhlite; typhlite stercoraire, péri ou para-typhlite, quelle que soit son étiquette, elle est encore confondue avec les inflammations du cœcum et du tissu cellulaire environnant. L'évolution de sa pathogénie se précipite depuis 1888, et les périodes successives qu'elle traverse peuvent toutes se caractériser d'un mot: engouement, stagnation, inflammation. Enfin la typhlite disparaît à son tour: Grisolle l'avait déjà niée il y a 65 ans: mais la chirurgie abdominale ne fleurissait pas encore. L'époque vint

enfin où l'on discuta moins l'intervention, et où l'on intervint pour voir et discuter ; et cette fois, la hardiesse du bistouri se justifia par un résultat. C'en est fait désormais du protéisme des appréciations ; on constate que le cœcum est innocent du drame qu'on lui impute, et que l'appendice doit seul être accusé ; la théorie cœcale ruinée voit s'édifier sur ses décombres la théorie appendiculaire.

Les recherches se canalisent dès lors dans cette voie, et contribuent à dégager la conception classique de ce qu'elle a encore de confus et d'erroné. A l'heure actuelle, il semble que l'irritation locale, mécanique ou microbienne, ressorte d'une étiologie trop étroite. Des causes innombrables que l'on a invoquées, combien méritent de figurer encore au rang de déterminantes du processus morbide ? N'en sont-elles pas le plus souvent et seulement les résultantes ou l'occasion ? La théorie de M. Dieulafoy, encore récente, n'a pas reçu l'estampille du laboratoire, et le contrôle de l'expérimentation montre que le vase clos se trouve être le fait et non la cause de l'appendicite.

L'ère moderne a vu l'empire de l'infection reculer si loin ses bornes qu'il devient difficile de le délimiter ; on ne peut dire où il commence ni où il finit ; l'on aime mieux aujourd'hui chercher la clef du conflit entre la cellule et le milieu dans des réactions et des adaptations chimiques plus ou moins complexes,

si souvent subordonnées elles-mêmes à des invasions microbiennes, que de le rapporter aux influences physiques, dynamiques, qu'exercent sur l'organisme les modifications du monde extérieur ; le traumatisme a perdu du terrain au profit du microbe.

Imbus de ces idées, asservis au génie de l'école allemande, les étudiants actuels s'intéressent moins au malade qu'au microscope. Il est moins question de symptômes, de diagnostic, et plus de biopsies, d'ensemencements, de cultures en médecine, d'exploration sanglante en chirurgie. Peut-être y a-t-il là quelque excès. Mais si c'est une erreur pratique, c'est une vérité théorique ; le médecin a tort, et le savant a raison ; nous voulons dire que ces recherches absorbent souvent un temps court et précieux au détriment d'une clinique un peu dédaignée ; mais qu'elles répondent à l'essence des faits ; précisant nos connaissances, le laboratoire ne remplace pas la séméiologie, mais il la complète.

L'appendicite n'est pas encore absolument dégagée des ombres d'une étiologie complexe. Avec les idées, les tendances modernes, n'était-il pas naturel et captivant de rechercher quel rôle peuvent jouer les infections, classées ou non, dans la genèse de cette maladie ?

Nous n'avons pas essayé, dans ce petit travail, d'établir par nous-même les relations souvent étroites de l'appendicite avec des maladies trop nombreuses,

trop diverses ; une thèse n'y eût pas suffi ; et il est difficile d'être original : c'est une qualité de l'âge mûr. L'idée même n'était pas nouvelle ; mais chaque auteur n'a traité qu'un point particulier de la question qui nous occupe, et il nous a paru intéressant de grouper les résultats de ces travaux épars ; les idées générales se tirent des ensembles ; et nous nous sommes efforcé d'en dégager ce fait qu'on n'a peut-être pas inscrit jusqu'ici les maladies infectieuses à l'étiologie de l'appendicite pour une part assez large.

Nous sommes heureux de l'occasion qui nous est offerte d'acquitter envers nos maîtres une dette de juste reconnaissance. Nous avons bénéficié tour à tour en médecine, en chirurgie et en obstétrique, des leçons cliniques ou des conseils de MM. Merklen, Aud'houi, Chauffard, Barth, Dalché, Félizet, Chaput, Faure, Riche, Thierry, Pinard et Boissard. Nous avons pu apprécier, avec tant d'autres, l'enseiseignement de M. le Dr A. Robin. M. Roger nous a reçu dans son service d'Aubervilliers, durant une trop courte période de provisoriat, de façon à nous faire regretter de n'avoir pas connu l'homme aussitôt que l'œuvre. Et nous tenons à exprimer l'affectueuse gratitude que nous portons à notre maître, M. le Dr Florand, à qui nous devons plus que l'idée de ce travail. Il nous a toujours accueilli, encouragé, aidé, instruit, avec une bienveillance qui nous a vivement attaché à lui.

Nous devons à M. Simon, interne des hôpitaux, des documents précieux ; nos vieux amis, les docteurs C. Dupinet et M. Labat, nous ont fourni des renseignements utiles.

M. le professeur Raymond a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Nous lui en exprimons ici nos remerciements.

La constitution histologique de l'appendice montre qu'il doit réagir dans les infections générales. Expériences de laboratoire qui viennent a l'appui de cette assertion.

Nous venons d'exposer brièvement l'évolution pathogénique de l'appendicite. Distension des parois par les produits secrétés, corps étranger de Talamon, cavité close de Dieulafoy, autant de théories fausses, ou qui ne sauraient englober la totalité des faits.

La physiologie de l'appendice fournit-elle des renseignements assez précis pour trancher la question ? Non ; elle n'est pas encore nettement élucidée. On trouve chez les herbivores un cœcum et un appendice très développés, où s'élaborent de véritables digestions. Mais de ce fait, et de celui que l'appendice présente la même structure que le cœcum, on ne saurait admettre, avec Clado, que le mucus secrété par l'appendice favorise la prolifération d'un microbe zymogène. En l'espèce, ce microbe est le coli-bacille, qu'on trouve normalement à ce niveau, et que

l'appendice déverse avec son mucus dans le cœcum, où il concourt à la fermentation des matériaux végétaux de passage dans le gros intestin.

Lafforgue conteste au mucus appendiculaire ce rôle déjà élevé ; d'après lui, il se borne à lubrifier les parois cœcales et à faciliter l'évacuation des matières dans le colon.

D'autre part, la structure de l'appendice diffère beaucoup de celle de l'intestin grêle, et l'on ne peut admettre qu'il intervienne dans la digestion. Il fait totalement défaut chez certains carnivores ; chez d'autres il est rudimentaire ; chez l'homme lui-même, il s'atrophie à un âge avancé, au moment où une constipation fréquente semble réclamer plus impérieusement que jamais la présence d'humeurs lubrificatrices. Ces faits autorisent à penser que c'est un organe dégénéré, voué à l'atrophie, et les suites de son extirpation militent encore en faveur de cette opinion. Peut-être, comme organe en régression, serait-il plus sujet et mieux disposé aux infections. Son ablation ne paraît guère modifier la dynamique vitale ; mais on ne doit pas forcément en conclure à un rôle nul, car il a des équivalents dans l'organisme ; il n'y a pas d'organe inutile ; il n'y a que des fonctions mal étudiées. Les follicules clos se font de plus en plus nombreux du duodénum à l'iléon ; il est remarquable que ces formations se groupent volontiers aux points où les microbes pullulent. La présence de

l'appendice au fond du cœcum ne dérive-t-elle pas d'un besoin, d'une fonction ? Voyons ce que nous dit l'anatomie normale.

Les malformations, les obturations plus ou moins complètes sont fréquentes au niveau de l'appendice; sa richesse vasculaire, ses connexions étroites avec le péritoine, ses communications lymphatiques nombreuses avec les organes voisins, à travers les replis de la séreuse, lui créent autant de dangers, autant de sources possibles d'infection. Et nul organe n'est plus riche que lui en tissu lymphoïde. Sahli de Berne l'appelle amygdale intestinale (congrès de Munich 1895), et dénomme l'appendicite, l'angine de l'appendice iléo-cœcal. Pilliet imagine peu après le mot d'appendicite folliculeuse. « C'était réédifier, dit M. Simonin, « la comparaison classique des anatomistes qui assi- « milaient l'appendice à une plaque de Peyer « évaginée en entraînant avec elle les différentes « tuniques du gros intestin. On conçoit qu'en raison « de cette richesse en tissu lymphoïde il puisse prendre « part à toutes les réactions phagocytaires de l'orga- « nisme. Pourquoi les follicules clos qui tapissent « la sous-muqueuse seraient-ils moins capables de « retenir et de fixer les germes qui leur arrivent de « loin par la voie sanguine, que ceux qu'ils reçoi- « vent de plus près par les lymphatiques de la « muqueuse voisine ? Leur rôle est évidemment « celui de toutes les formations lymphatiques agmi-

« nées, la défense contre les microbes et les poisons « solubles qu'ils secrètent, quel que soit le point où « ils pénètrent.

..... « Ganglion tubulé, plongé dans du tissu cellu- « laire, irrigué par des vaisseaux sanguins..., l'ap- « pendice est fatalement condamné à être le siège de « congestions fréquentes, d'inflammations aiguës ou « chroniques, tantôt plastiques et sclérosantes, « tantôt ulcéreuses, suppuratives ou nécrosantes, « suivant les fluctuations de la lutte des forma- « tions lymphatiques et de leur substratum contre « les germes et leurs toxines. L'appendice est en « tout point comparable à une glande lympha- « tique. Il en remplit les fonctions, et peut en partager « tous les modes de réaction devant l'infection ; « comme le ganglion enflammé voit son atmosphère « celluleuse s'irriter, se garnir d'exsudats variés, « s'abcéder ou s'épaissir à la suite d'inflammations « répétées n'ayant pas abouti à la suppuration, de « même le ganglion appendiculaire peut être atteint « d'adénite et de péri-adénite avec ou sans participa- « tion de la séreuse à ces inflammations.

..... « Pour Bierhoff et Fitz, la cause de l'oblité- « ration de l'appendice serait due à des processus « inflammatoires successifs, ayant amené par épais- « sissements répétés l'occlusion de la lumière. « Quand on songe aux multiples infections qui vien- « nent assaillir l'homme dès son enfance et jusque

« dans son âge mûr, on n'est pas surpris de pareilles « constatations.

..... « Plus la porte d'entrée de l'infection est « étendue, plus elle reste longtemps ouverte, et plus « aussi les chances de septicémie, de dissémination « des germes par la voie sanguine augmentent. « Ces germes, l'organisme les localise dans ses points « de défense, les ganglions, les amas lymphoïdes, les « séreuses, les parenchymes à fonctions anti-toxiques « ou phagocytaires comme le foie ou la rate. »

M. Jalaguier se laisse influencer par ces suggestions, et cet auteur fait d'un grand nombre d'appendicites l'expression locale d'une maladie générale. On peut penser avec M. Simonin qu'il eût peut-être été plus exact de dire une réaction locale de défense contre une infection en voie de généralisation. Des maladies infectieuses précèdent quelquefois de longtemps l'appendicite : on ne saurait leur faire jouer un rôle certain, mais on est frappé de la grande fréquence de ces maladies dans les antécédents des enfants, par exemple, et l'on peut se demander si l'appendice ne fut pas légèrement atteint lors de la première infection, et prédisposé ainsi à l'inflammation secondaire par des causes banales.

Les maladies générales ont deux modes d'action ; les microbes ou leurs toxines, qui s'éliminent à travers les tuniques intestinales, les altèrent, et prédisposent à une inflammation qui exaltera ultérieurement l'activité

des germes pathogènes. Si une malformation anatomique favorise l'infection, il peut se passer là quelque chose d'analogue à ce que l'on voit dans les inflammations du cholédoque, par le seul fait de l'abouchement de celui-ci dans le duodénum ; partie de l'intestin qui est le moins riche en microbes à l'état normal, d'après Gilbert. Dès lors l'inflammation du cœcum et sa propagation à l'appendice sont parfaitement admissibles, l'inflammation de l'appendice seul étant de beaucoup la plus fréquente, à cause de la stagnation des liquides virulents qui se fait aisément dans ce diverticule.

La théorie de l'infection générale a reçu un solide appui dans les expériences de laboratoire. M. Beaussenat trouve des lésions gastro-intestinales chez des animaux auxquels il a fait ingérer des viandes avariées ; l'appendice présentait dans ces cas différentes lésions, ulcérations multiples, folliculite avec épaississement œdémateux des parois et petits abcès péritonéaux. Ainsi seraient expliquées les lésions appendiculaires au cours d'affections diverses à retentissement direct ou indirect sur le tube digestif. Ces lésions pourront guérir ou persister à l'état latent. De même la rougeole, la fièvre typhoïde, la scarlatine, l'érysipèle, les amygdalites, pourront produire par la voie sanguine ou par la muqueuse intestinale une localisation dans l'appendice. Une fois atteintes, les parois de cet organe deviennent plus ou moins rigides, per-

dent leur tonicité, et sont dès lors incapables de rejeter les débris organiques ou inorganiques qui encombrent sa lumière.

Les appendicites par infection générale pourraient encore reconnaître ce mécanisme, favorisé par l'élimination des toxines à travers les parois de l'intestin, toxines qui « influencent les nerfs des vaisseaux et « aident au développement de la flore digestive. Le « passage de ces toxines à travers les parois intesti- « nales ne se réalisant pas sans offenser la structure « des couches profondes ou superficielles du tissu « réticulé, de l'épithélium, des glandes, nous com- « prendrons aisément comment ces infections peu- « vent réveiller un processus inflammatoire déjà « ancien (Charrin) ».

On peut objecter que les autres formations lymphatiques, amygdales, plaques de Peyer, peuvent être atteintes au même titre que l'appendice. En effet, on observe au cours des infections générales, à leur niveau, des réactions qui peuvent aboutir à l'amygdalite ou à la perforation intestinale. Mais la constitution même de l'appendice, sa situation topographique, ses malformations, l'étroitesse de sa lumière, le prédisposent singulièrement à l'infection. Les communications de M. Josué à la société de biologie donnent d'autre part une grande force aux considérations précédentes ; par l'injection intra-veineuse de cultures de strepto-bacilles ou de contenu intesti-

nal, il est arrivé à produire des lésions de folliculite avec ou sans transformation purulente.

MM. Dominici, Roger, Mosny et Gouget ont obtenu des résultats analogues avec le bacille typhique, le pneumo-bacille, des toxines pneumococciques ou staphylococciques, de l'urine septique. Les lésions étaient plus étendues après infection par injection de contenu intestinal dans les expériences de M. Josué. Dans un même ordre d'idées M. Beaussenat, après injection de coli-bacilles dans les veines d'un lapin dont il avait légèrement traumatisé l'appendice, trouva à l'ouverture de cet organe une ulcération circulaire à bords taillés à pic.

Ainsi l'appendice, réagissant comme tous les organes lymphoïdes, doit payer un fort tribut aux infections générales.

Appendicite familiale. — Hérédité. Epidémicité et contagion. Difficultés du diagnostic étiologique, appendicisme. Appendicites aiguës subordonnées a des infections générales larvées.

Ces considérations théoriques s'étalent sur de nombreux faits d'observation clinique ; nous allons exposer ces faits dans les chapitres qui vont suivre.

Appendicite familiale. — L'hérédité paraît jouer un rôle important dans l'appendicite ; on a même admis une forme spéciale de cette affection, l'appendicite familiale. MM. Faisans, Brun, Routier, Jalaguier, Quénu, Tuffier, Roux, citent des exemples où plusieurs membres d'une même famille sont atteints d'appendicite, ou ont succombé à des accidents péritonéaux imputables à l'appendicite. Certains auteurs rattachent l'explication de ces faits à la transmission d'une malformation héréditaire de l'appendice (Roux, Tuffier) ; d'autres (Poncet) à des prédispositions spé-

ciales des membres d'une famille à l'infection. Ces deux interprétations ne s'excluent pas.

Épidémicité.. — L'appendicite est devenue très fréquente. Cette recrudescence ne vient pas seulement de ce qu'on la connaît mieux et peut la diagnostiquer plus aisément : la recrudescence existe en fait. Goloubow disait déjà en 1896 que pendant l'automne et l'hiver de cette année, les cas d'appendicite avaient été plus fréquents à Moscou que les années précédentes ; et M. Ménard a observé pendant six mois en 1898 « moitié plus de cas d'appendicite que dans les six premières années de son séjour à Berck ». Or elle revêt dans certains cas et *en certaines saisons* une allure infectieuse et un caractère de simultanéité tels qu'elle semble en tirer un cachet d'épidémicité. Goloubow avait déjà signalé le fait : il vit dans un pensionnat, dans la même salle et sur le même banc, 3 élèves pris à 2 ou 3 jours d'intervalle d'accidents appendicitaires. Même observation quelque temps après dans un autre pensionnat où il relate 4 cas en un mois. En France M. Faisans signale la même année les rapports de la grippe, maladie épidémique et contagieuse, avec l'appendicite. « On observe, dit-il, des appen-« dicites à toutes les époques de l'année, d'une « façon sporadique, comme on observe des pneu-« monies ou des diphtéries. Survient-il une épidémie « d'influenza, on voit aussitôt le nombre des cas d'ap-

« pendicite s'élever dans des proportions considéra-
« bles, et ces cas persister dans leur fréquence, jusqu'à
« la fin de l'épidémie grippale. Alors les appendicites
« diminuent d'une façon très sensible, et si l'on con-
« tinue à observer un certain nombre de crises après
« l'épidémie de grippe, ce qui est la règle, c'est que
« l'appendice peut n'être touché qu'un certain temps
« après la disparition de la maladie infectieuse ».
M. Mauclaire insiste également sur le caractère d'épi-
démicité de ces appendicites. « On observe une fré-
quence vraiment singulière des appendicites, qui
semblent se présenter sous forme épidémique ».
M. Thibault rapporte dans sa thèse de nouvelles obser-
vations, où l'épidémicité s'explique aisément par la
contagion d'une infection causale ; des causes banales
ne pouvaient être invoquées ; car si, dans plusieurs
des cas observés, « le traumatisme était venu s'ajou-
ter à l'infection, cette infection n'en était pas moins,
suivant toute vraisemblance, la véritable cause pro-
ductrice de l'appendicite, et l'intervention, faite avec
succès dans ces cas, prouva qu'il y avait bien là des
lésions de l'appendice ». M. Charrin a fait systémati-
quement l'autopsie de tous les lapins morts dans son
laboratoire pour une cause quelconque, qu'ils eussent
été ou non soumis à l'expérience ; or tous ces lapins
vivaient dans la même cage ; M. Charrin a vu chez
eux 6 fois l'appendice malade, et dans les 6 cas, les
lésions se reproduisaient point pour point. L'appen-

dice SEUL était intéressé, et les lésions, localisées presque uniquement dans les parois, étaient caractérisées par des granulations blanches simulant la tuberculose ; voilà encore 6 cas qui ont la valeur d'une véritable observation clinique ; les appendicites n'avaient pas évolué ici séparément et pour leur propre compte, puisque les lésions se reproduisaient avec les mêmes caractères, comme le prouvait l'examen histologique, pratiqué dans tous les cas avec le plus grand soin. M. Mauclaire cite encore ce fait : dans une famille, grippe chez le père ; deux jours après, grippe chez la mère et trois jours après, appendicite aiguë chez l'enfant. M. le docteur Florand nous a communiqué l'observation suivante, qui est en même temps un bel exemple d'appendicite familiale : M. X... a une fille à Périgueux, dont une fille est morte d'appendicite ; une seconde fille de M. X..., à Paris, a eu une fille, morte d'appendicite, et un fils opéré ; elle a été opérée elle-même 15 jours après ; une de ses femmes de chambre a du subir l'opération à son tour ; la grippe paraissait être la cause initiale.

Autre fait que nous avons eu l'occasion d'observer nous-même en septembre 1902 à Laroche-Guyon, dans la clientèle de M. le docteur Gouzy.

Observation. — Mme L...., 40 ans, présente durant 4 jours des symptômes généraux vagues pour lesquels elle nous fait appeler, fièvre vespérale légère, anorexie, céphalée ; la gorge

est rouge, sans fausses membranes ; il n'y a pas d'adénite sous-maxillaire. Le 5e jour, on constate une tuméfaction douloureuse au niveau de la parotide gauche ; la fièvre est montée à 39° 6 ; le lendemain, le côté droit est pris ; la bouche est sèche, l'orifice du canal de Sténon rouge ; l'angine a disparu. Courbature généralisée. Aucun signe stéthoscopique au niveau du poumon ni du cœur. L'adjonction d'acide azotique à l'urine révèle la présence d'un peu d'indican sans albumine. Nous portons le diagnostic d'oreillons. Huit jours après, la fièvre, qui était descendue la veille, remonte ; douleur au point de Mac Burney, vomissements, constipation, pouls rapide.

Les douleurs cèdent à la glace et aux opiacés, et tout rentre dans l'ordre. La fille aînée de cette dame, âgée de 18 ans, présente la semaine suivante les mêmes symptômes abdominaux, le traitement médical est appliqué, et réussit encore ; quelque temps après le frère de cette jeune fille, 14 ans, est frappé à son tour ; durant sa convalescence, fait intéressant, il présente de légères manifestations testiculaires.

Mais s'il est aisé de constater des épidémies d'appendicite, il est plus délicat de les interpréter. Certains auteurs en feraient volontiers une maladie infectieuse spécifique ; pour M. Dieulafoy, c'est plus qu'une maladie infectieuse, c'est une maladie toxique qui frappe l'économie tout entière, et la suppression de l'appendice dès le début des accidents peut enrayer cette toxicité. On ne saurait en tout cas considérer l'appendicite comme une maladie épidémique et contagieuse au même titre que la variole ou la rougeole.

Mais on observe de petites épidémies reconnaissant des causes différentes, et variables avec chaque épidémie.

La symptomatologie de ces appendicites n'offre rien de particulier, et le diagnostic étiologique est impossible quand, pour une cause ou pour une autre, l'infection primitive passe inaperçue. « Car, dit « M. Faisans, s'il n'est pas rare de voir l'appen- « dicite débuter au cours d'une attaque de grippe, « par exemple, il faut reconnaître que plus com- « munément l'appendicite se développe isolément « au millieu d'une santé parfaite. Il est alors beaucoup « plus difficile d'établir d'une manière péremptoire la « notion étiologique, et cependant je suis convaincu « qu'en l'absence d'une autre cause nettement démon- « trée, c'est encore la grippe qui doit être incriminée. « Assez souvent il est possible de faire le diagnostic « rétrospectif d'une grippe qui a évolué quelques « jours ou quelques semaines auparavant ; dès lors, « rien n'est plus logique que de rattacher l'appendi- « cite actuelle à la grippe passée. Car si la grippe agit « en exaltant la virulence des microbes intestinaux, « il n'est pas étonnant que les effets de cette virulence « exaltée — c'est-à-dire les accidents inflammatoi- « res — ne se montrent qu'au bout d'un certain temps. « Et si la grippe commence par une folliculite appen- « diculaire, il n'est pas impossible d'admettre que « cette folliculite commence par évoluer silencieuse-

« ment pour ne donner lieu que plus tard aux symp-
« tômes bruyants qui nous permettent le diagnostic.

« Nous avons l'habitude de faire partir le début
« de l'appendicite du moment où le syndrôme appen-
« diculaire s'est montré pour la première fois, et il
« est de fait qu'avant ce moment-là, il nous est
« impossible même de la soupçonner. Mais cela
« ne veut pas dire qu'elle n'existait pas, et nous
« sommes au contraire tout à fait fondés à admettre
« qu'elle existait. Car enfin, ce que nous appelons
« crise d'appendicite n'est pas autre chose qu'un inci-
« dent aigu d'une affection chronique ; avant la pre-
« mière crise d'appendicite, l'organe était probable-
« ment, on pourrait dire certainement malade, mais
« il l'était d'une manière latente, comme il reste
« malade d'une manière latente dans les intervalles
« qui séparent des rechutes successives.

« En d'autres termes, il n'y a pas de corrélation
« entre le début de l'appendicite au point de vue
« clinique et son début réel. L'affection peut ne se
« manifester pour nous que plus ou moins longtemps
« après quelle a commencé à évoluer anatomique-
« ment, et par conséquent, après que sa cause pro-
« ductrice a disparu. Aussi quand on voit une appen-
« dicite aiguë se déclarer quelque temps après la
« guérison d'une grippe, on est en droit de penser
« que la première est une conséquence directe de la
« seconde. Il y a là quelque chose d'analogue à ces

« néphrites que nous rattachons à une maladie infec-
« tieuse antérieure, alors même que l'albuminurie
« n'aurait pas été constatée au cours de cette mala-
« die. J'irai même plus loin. Il me paraît très proba-
« ble que, quand le syndrôme appendiculaire éclate
« au cours d'une attaque de grippe, c'est que l'appen-
« dice est déjà altéré du fait d'une grippe antérieure.
« La grippe ne crée pas de toutes pièces, ou ne doit
« créer que très rarement ce que nous appelons
« l'appendicite aiguë. Celle-ci n'est, je le répète,
« qu'un accident résultant d'une transformation qui
« s'opère brusquement au sein d'une lésion préexis-
« tante. » Ce que M. Faisans dit pour la grippe, M. Simonin le dit pour l'érysipèle, les oreillons, la diphtérie, la scarlatine, la rougeole; voici en effet ses conclusions : « Il semble que d'une façon géné-
« rale, plus l'infection de l'organisme est accusée,
« plus active et plus intense se montre la réaction
« appendiculaire. Les amas lymphatiques de l'appen-
« dice participent à la défense générale de l'orga-
« nisme plus fréquemment encore qu'on ne le croit,
« et leur réaction ne commence à devenir sensible
« que par le phénomène de la douleur provoquée à
« la pression. Le péritoine reste silencieux, aussi
« bien que la muqueuse intestinale. Il paraît y avoir
« simple adénite appendiculaire, si cette expression
« n'est pas trop hardie. »

MM. Tripier et Paviot parlent dans le même sens :

« Les manifestations appendiculaires de cette nature, « disent-ils, sont le plus souvent latentes, presque « silencieuses, et nécessitent pour être décelées un « examen minutieux... — La crise appendiculaire « avec son cortège émouvant de symptômes fait sou- « vent défaut ou se limite à une courte ébauche, si le « péritoine n'est pas atteint, et alors même que les « lésions de l'organe sont étendues et profondes, « ainsi que l'ont montré certaines autopsies ».

Ainsi (les observations que nous rapportons en font foi), d'une part il n'est pas douteux que certaines épidémies d'appendicite ne soient sous la dépendance d'une infection antérieure, et d'autre part les caractères cliniques de ces appendicites, ne différant en rien de ceux qu'on observe dans les appendicites banales, ne sont pas assez nets, et les accidents observés ne sont pas toujours assez rapprochés de l'infection causale pour qu'il soit possible de les lui imputer dans tous les cas. Cette remarque a son importance. Rappelons que M. Dieulafoy a signalé des cas de fièvre typhoïde simulant l'appendicite. M. Rendu des appendicites avec séro-diagnostics positifs, les manifestations locales semblant précéder ici ou remplacer les symptômes généraux ; et de tout ce qui précède, il nous semblera légitime de tirer les conclusions suivantes.

Les malformations héréditaires prédisposent l'appendice à l'infection ; une maladie infectieuse con-

tractée par l'un des membres d'une famille peut se transmettre aux autres membres de cette famille sous forme larvée, et se traduire uniquement par une réaction plus ou moins aiguë de l'organe taré. Si ces cas d'appendicite s'observent longtemps après une infection initiale manifeste seulement chez le premier individu frappé, on peut admettre que les lésions ont évolué à l'état latent jusqu'au jour où une cause adjuvante ou occasionnelle détermine une crise qui, dès lors, aura bien des chances de n'être pas rapportée à sa véritable cause.

En d'autres termes, il est vraisemblable que certaines appendicites que l'on rattache à des causes banales, sont subordonnées à une infection générale larvée.

Faut-il voir dans ces accidents, avec M. Jalaguier, une simple exaltation de la virulence des agents infectieux normalement contenus dans l'appendice ? M. Merklen semble accepter cette manière de voir quand il dit : « On a observé depuis longtemps de petites épidémies d'appendicite, ou pour mieux dire, une fréquence insolite de l'appendicite à certains moments, dans certaines saisons. » Et de fait le microbe révélé par le microscope est le plus souvent le coli-bacille. Mais nous allons voir qu'il n'en est pas toujours ainsi, et qu'on a retrouvé plusieurs fois, au niveau de l'appendice, le microbe spécifique de l'infection causale.

Coup d'œil bactériologique. Lésions de l'appendice sans syndrôme appendiculaire au cours de quelques maladies infectieuses. Autopsies.

MM. Veillon et Zuber ont récemment encore étudié les anaérobies dans l'appendicite ; ils ont trouvé partout l'association de plusieurs espèces microbiennes, souvent de 5 ou 6, et jamais de 2. Ces auteurs ont pu déterminer des espèces nouvelles, *bacillus fragilis, bacillus ramosus, bacillus perfringens, staphylococcus parvulus,* etc. Coyne et Hobbs ont signalé des appendicites à bacilles pyocyaniques. Mais le processus inflammatoire des appendicites consécutives aux maladies infectieuses les plus variées relève en général d'agents bien définis, de microbes banaux. Ceux-ci peuvent agir d'emblée pour leur propre compte. Le plus souvent ils interviennent à titre de germes associés ou secondaires ; ce sont, en première ligne, le coli-bacille et les pyogènes, le streptocoque revendiquant pour lui seul, indépendamment

du coli-bacille, le rôle le plus actif dans la genèse des accidents ; « qu'il s'agisse, dit M. Simonin (à propos des cas qu'il relate), d'angines, de scarlatines ou d'érysipèles, les localisations appendiculaires ont presque invariablement succédé à une infection étendue et prolongée du rhino-pharynx par le streptocoque. »

Corbellini signale des appendicites à bacilles de Pfeiffer ; et récemment encore, M. Ferrier des appendicites consécutives à des pneumonies variées. Parmi ses observations, l'une a trait à un jeune soldat qui, après une pleurésie, une grippe et plusieurs bronchites, fit une pneumonie grave dont il mourut. L'autopsie révéla, outre des lésions endocardiques et pulmonaires, une forte augmentation des dimensions de l'appendice qui était en battant de cloche. Sa cavité était remplie de pus, ses parois épaissies. Dans ce pus, on trouva de nombreux diplocoques encapsulés et des bacilles. Ceux-ci ne prenaient pas le Gram, contrairement aux diplocoques. La culture du sang en bouillon donna un microbe ayant tous les caractères du pneumocoque.

Achard et Broca avaient déjà signalé un cas analogue. M. Sevestre en a observé un autre ; il s'agissait d'un abcès enkysté du péritoine où l'examen microbiologique révéla l'existence du pneumocoque, sans quantité notable d'autres microbes. L'appendice, qui ne fut pas enlevé, devait être malade ; mais on ne peut affirmer qu'il ait été primitivement frappé. La nature microbienne n'était en tous cas pas douteuse,

et les accidents péritonéaux furent suivis d'une pneumonie qui guérit.

« L'appendicite reconnaissant facilement le streptocoque comme agent inflammatoire, dit M. Simonin, doit théoriquement constituer une complication assez fréquente de la scarlatine ; l'érysipèle, au même titre que la scarlatine, fournit assez fréquemment au streptocoque l'occasion de franchir les limites des épithéliums de surface, et d'engendrer, par septicémie, des accidents à distance éminemment variés ». Le microbe spécifique d'une maladie infectieuse peut donc se retrouver au niveau de l'appendice. Il n'y a là rien qui doive nous étonner. Et si l'on venait à isoler les agents encore inconnus de certaines infections spécifiques, comme les oreillons, (où les amygdales, les ganglions, la rate, les amas lymphatiques de l'intestin sont si souvent atteints), peut-être les retrouverait-on dans l'appendice. Mais qu'il s'agisse ou non de germes spécifiques, l'influence des maladies infectieuses sur l'exaltation de virulence de la flore appendiculaire ne saurait être niée : l'expérimentation prouvant que l'arrivée dans l'organisme de microbes ou de sécrétions microbiennes favorise la pullulation des micro-organismes préexistant ou introduits dans nos tissus.

Les lésions appendiculaires ne sont pas rares en effet au cours des maladies infectieuses, Ponfick, Courmont, Coulomb, Morin, Moore, une foule d'auteurs nous citent des exemples. Escortées de symptômes bruyants, elles traduisent clairement les

relations de l'appendicite et de l'infection causale. Nous trouvons plus intéressantes les lésions qui ont passé inaperçues, et nous dirons pourquoi.

M. L. G. Simon, interne des hôpitaux, a eu l'extrême obligeance de nous communiquer les nombreuses observations qu'il avait prises de sujets morts d'infections diverses dans le service de M. Roger, à l'hôpital temporaire de la porte d'Aubervilliers. Nous en reproduisons quelques extraits, car leur étude nous servira. Les lésions étaient surtout marquées chez les sujets tués par la diphtérie. Voici ce qu'ont, dans ces cas, révélé les autopsies.

« On sait qu'à l'état normal toutes les productions « lymphoïdes (follicules clos isolés, plaques de Peyer), « sont sous la muqueuse, formant une saillie à peine « appréciable, d'une coloration gris blanc peu dis- « tincte de celle des parties voisines ; il faut souvent « un méticuleux examen pour apercevoir même « les plaques de Peyer ; il faut quelquefois recou- « rir au procédé indiqué par Sappey, baigner l'in- « testin dans de l'eau acidulée par l'acide acéti- « que, pour faire apparaître en blanc les travées lym- « phoïdes sur le fond gris de la muqueuse. Il en est « tout autrement quand on examine des sujets morts « de diphtérie : tout le système lymphoïde de l'intes- « tin est hypertrophié d'une façon considérable ; l'as- « pect en est très caractéristique. Les follicules iso- « lés de l'intestin grêle et du gros intestin hérissent « la muqueuse d'autant de petites saillies gris-blan- « châtre, perlées, du volume d'un gros grain de

« millet. Toutes les plaques de Peyer, et notamment « la large plaque annulaire qui garde l'abouchement « de l'iléon dans le cœcum, attirent d'emblée le regard « par leur relief; l'aspect en est comparable (quoi- « que la pathogénie et la constitution histologique « de cette hypertrophie soient totalement différentes « dans les deux cas) à celui des plaques de la première « période de la fièvre typhoïde. La saillie des amas « lymphoïdes dépasse de 2, 3 ou même $4^{m}/^{m}$ le niveau « des parties voisines. A un examen attentif, on voit « que la muqueuse ne prend aucune part à cette « hypertrophie, elle est constituée uniquement « par l'exagération de la disposition normale. Les « amas lymphoïdes sous-jacents forment de vérita- « bles circonvolutions anastomosées entre elles « et séparées par des sillons sinueux. Si telle est « la description générale des follicules de l'intestin « de sujets morts de diphtérie, l'aspect n'est pas iden- « tique chez tous. Parfois la réaction manque dans « le cœcum et l'on n'y constate aucun relief appré- « ciable ; chez d'autres, seules les plaques de Peyer « ou seuls les follicules isolés de l'intestin grêle sont « hypertrophiés. Au cours d'une autopsie enfin, après « une diphtérie qui s'était montrée rapidement mor- « telle, toute la muqueuse intestinale était très con- « gestionnée, de petites taches ecchymotiques ponc- « tuaient le centre des follicules isolés ou agminés. « Mais la saillie de ces organes était nulle.

« Cet aspect macroscopique de l'appareil lym- « phoïde de l'intestin indiquant une réaction intense,

« que confirme l'examen histologique, et développée « sous l'influence d'une intoxication générale à point « de départ éloigné de l'intestin, est une donnée des « plus intéressantes que nous n'avons pas trouvée « signalée.

« ... L'hypertrophie des organes hématopoïétiques « indique déjà l'importance de leurs réactions. L'exa- « men histologique seul peut nous renseigner sur « leur valeur. Parmi les modifications observées, les « unes sont constantes et paraissent des lésions « banales de toute diphtérie à la période d'état, les « autres sont inconstantes et nous ont semblé dépen- « dre des circonstances cliniques dans lesquelles était « survenue la mort. Parmi les modifications cons- « tantes nous signalons la congestion. Elle existe « dans tous les organes ; surtout marquée dans la « rate, où les sinus sont dilatés, où les globules rou- « ges rompent leurs barrières endothéliales pour se « répandre en grande quantité dans les cordons de « Billroth, dans les cordons folliculaires et même « dans les follicules de Malpighi, on la retrouve « aussi dans les ganglions, où les vaisseaux de la « substance corticale et de la substance médullaire « apparaissent bourrés de globules rouges, où l'on « peut même voir dans certains cas ceux-ci en grand « nombre libres dans les sinus... Dans l'intestin, les « vaisseaux des follicules lymphatiques, ceux des « villosités sont toujours dilatés, et on peut retrouver « des globules rouges dans les mailles de tissu con- « jonctif du derme... L'apparition des mastzellen et

« leur dégénérescence immédiate, sur place, est un « phénomème également constant. Elles apparaissent dans tous les tissus hématopoïétiques ; on les « voit exceptionnellement dans la rate, au niveau « des cordons de Billroth, toujours dans les ganglions, l'intestin, l'épiploon... Dans l'intestin elles « sont si abondantes qu'on en voit 3 ou 4 par champ « microscopique (immersion 1/15) ; ce n'est pas dans « les follicules clos qu'on les trouve, mais dans le « derme de la muqueuse ; on les voit dans les villosités, entre les glandes de Liberkühn, dans la région « sous-glandulaire ; dans deux cas même où elles « étaient particulièrement abondantes, nous en avons « vu dans le tissu conjonctif qui sépare les divers « plans de la tunique musculeuse ».

L'auteur étudie là les lésions qu'il a rencontrées dans le tube digestif tout entier, et en particulier au niveau des différents organes lymphoïdes ; les lésions de l'appendice présentaient les mêmes caractères. Ces caractères, nous les retrouvons dans plusieurs observations.

« L'intestin présente une notable hypertrophie « des plaques de Peyer. Au niveau des plaques gaufrées les saillies soulevées par les follicules sous-« jacents forment des replis sinueux, très visibles à « l'œil nu, de 1 millimètre de diamètre environ, et « richement anastomosés entre eux. Par contre les « follicules clos isolés, parsemés sous la muqueuse « au niveau de l'intestin grêle ou du gros intestin, « ne forment pas un relief appréciable.

« Le derme qui recouvre les follicules clos et dans « lequel sont incluses des glandes, est légèrement « congestionné, et dans ses mailles, sont contenues « quelques hématies isolées. Parmi les cellules qui « l'infiltrent normalement, quelques-unes sont en « caryokinèse, d'autres en fragmentation. La plu- « part ont leur aspect habituel, presque tous les poly- « nucléaires éosinophiles présentent l'opacité et « la fragmentation de leur noyau. Enfin on voit de « rares macrophages englobant des globules rouges « ou des granulations d'éosinophiles et quelques « mastzellen dégénérées.

« Les follicules ont, à leur périphérie, leurs cou- « ronnes de lymphocytes surtout opaques ; au cen- « tre on voit de remarquables macrophages presque « tous en activité, contenant des fragments bleu opa- « que, débris de noyaux de polynucléaires (obs. 26).

«...Chez un jeune homme de 19 ans mort de diphté- « rie toxique, l'appendice est congestionné, il y a « une dilatation notable des vaisseaux sanguins, « dans le derme et dans l'appareil folliculaire ; le « système lymphoïde est constitué par de nombreux « lymphocytes à noyau clair, ou à noyau opaque ; les « mononucléaires basophiles sont rares ; les macro- « phages du centre des follicules clos sont inactifs. « Dans le derme, les polynucléaires éosinophiles « sont tous dégénérés. (Obs. 30).

«.... Dans l'appendice d'une fillette morte de « diphtérie, les follicules clos sont légèrement hyper- « trophiés ; ils sont remplis de lymphocytes à noyau

« opaque, leur centre ne contient pas de débris « nucléaires. Le derme de la muqueuse est infiltré « de très nombreuses plasmazellen, d'aspect normal. « Les polynucléaires éosinophiles sont tous en dégé- « nérescence, quelques-uns sont fragmentés et on « voit quelques grains éosinophiles isolés entre les « cellules voisines. Des mastzellen à noyau opaque « sont disséminées dans le derme, dans la sous-mu- « queuse et même dans le tissu conjonctif muscu- « laire. (Obs. 32. »

Nous avons cru intéressant de rapporter en leur substance quelques-unes des observations de M. L. G. Simon. Elles nous fixent sur les lésions du tube digestif et de l'appendice imputables à la diphtérie. Il est vrai « que la diphtérie semble avoir, une action plus mani- « feste que d'autres maladies. Nous avons, en effet, « dit M. Simon, examiné systématiquement l'intestin « de presque tous les sujets morts cette année à l'hô- « pital d'Aubervilliers, et nous n'avons trouvé « d'aspect comparable que dans une rougeole com- « pliquée de broncho-pneumonie chez un enfant en « bas âge. »

D'autre part les lésions semblent prédominer au niveau du derme qui jouerait un rôle capital dans les réactions générales de l'hématopoïèse, remplirait, au moins en partie, les fonctions de la substance médullaire du ganglion, de la pulpe rouge de la rate, et comme tel devrait toujours être examiné dans des recherches d'ensemble sur l'état du tissu lymphoïde de l'organisme.

Il n'en est pas moins vrai que l'appendice paraît subir fréquemment l'atteinte des infections générales ; la bactériologie et l'anatomie pathologique nous en donnent des preuves.

L'érysipèle, les oreillons, la variole, la rougeole, la scarlatine, semblent moins toucher l'appendice que la diphtérie. Mais la congestion, la turgescence des follicules isolés ont été constatées dans ces maladies, et nous croyons pouvoir en conclure que l' « appendicisme » pourrait bien s'accuser ; et si dans certains cas les lésions sont assez légères pour guérir, il y a tout lieu de les croire susceptibles de persister dans des conditions favorables, et de devenir un danger appendiculaire toujours possible et permanent.

Appendicites et Maladies Infectieuses

Toutes les variétés d'infections ont été signalées comme pouvant déterminer l'appendicite avec ou sans crise, c'est-à-dire avec ou sans réaction péritonéale et péri-appendicite. Dès 1859, Leudet signale la variole comme cause déterminante, MM. Niclot, Gagnière, Merklen, Faisans la grippe, Poncet et Jaboulay le rhumatisme articulaire aigu, Apolant, Brionval, Fischer, les amygdalites, Horwitz la syphilis secondaire, Braun et Bérard l'actinomycose. M. Jalaguier a observé les accidents appendiculaires survenir au 6e jour de la rougeole, au cours d'une varicelle, au déclin d'oreillons, et s'accompagner de phénomènes généraux rappelant ceux de la grippe. Et si les cas observés jusqu'à présent sont relativement rares, où l'appendicite se déclare pendant une maladie infectieuse ou vers son déclin, très nombreux sont au contraire ceux où l'on a noté dans les antécédents des malades une infection plus ou moins rapprochée de la première crise.

La thèse de Mlle Gordon, qui date de 1896, relate 13 fois la rougeole, 5 fois la rougeole et la coqueluche, 2 fois la rougeole et la scarlatine, 2 fois la rougeole et la variole, une fois la diphtérie, le typhus, l'influenza, la pneumonie et l'ictère infectieux. (Toutes ces observations portent sur des enfants).

L'attention avait donc été attirée sur ce point de l'étiologie de l'appendicite depuis longtemps déjà.

*
* *

Il est un fait indéniable, c'est que l'appendicite est devenue d'une fréquence extraordinaire depuis une dizaine d'années, et cela, non seulement en France, « mais dans toute l'Europe et l'Amérique, pour ne « parler que des pays sur lesquels nous sommes ren- « seignés ». Or il y a 13 ans que la grippe a fait son apparition presque simultanément dans tous ces pays, sous forme d'épidémie grave qu'elle a conservée depuis. « Le second fait, le plus évident, est que chaque « épidémie de grippe est invariablement accompagnée « d'une recrudescence du nombre des appendicites, « à ce point qu'on peut, sans exagération, parler « d'épidémies d'appendicite (ajoutons que la recrudes- « cence des cas d'otite et d'appendicite a évolué avec « un parallélisme remarquable). Ainsi, depuis 13 ans « environ, Paris est en proie à la grippe, et depuis « la même époque, l'appendicite a repris une fré- « quence insolite, cela partout à la fois ». Nul ne peut se flatter d'échapper aux accidents appendici- taires, et nombreux sont les cas où l'orage a éclaté sans prodrômes. M. le Dr Florand parlait d'appendi- cite dans une réunion, et une dame se félicitait devant lui de la santé de son fils, jeune homme de 18 ans, qui n'avait jamais été sérieusement malade ; le soir même ce jeune homme se tordait dans les dou-

leurs d'une crise d'appendicite aiguë qui nécessitait l'intervention. Nous-même avons eu l'occasion de faire opérer deux de nos amis, jeunes et robustes, qui furent frappés d'appendicite en pleine santé. Ces faits ont frappé beaucoup de médecins. M. Merklen fait en 1899 une communication intéressante à la société médicale des hôpitaux, intitulée « appendicite grippale », où il rapporte 3 observations d'appendicites développées au cours d'une grippe saisonnière. M. le médecin-major Charpentier observe également, en 1899, au 155e régiment d'infanterie de Commercy, une épidémie de grippe où plusieurs cas se compliquèrent d'appendicite.

La même année, M. Gagnière étudie 11 cas d'appendicite qui, par leur apparition dans un milieu grippal, leur évolution chez des sujets grippés ou non, « absolument contemporains de l'épidémie de grippe « avec laquelle ils disparurent, semblèrent devoir « apporter la lumière dans l'étiologie de certaines « appendicites ». Sur 900 cas de grippe, le pourcentage donna 1, 3/100 d'appendicites environ.

Enfin M. Faisans n'hésite pas, un peu plus tard, à faire de la grippe la véritable cause, la cause presque unique de l'appendicite. « La plupart des médecins « qui relatent des observations d'appendicites grip- « pales, dit-il, considèrent ces cas comme presque « exceptionnels et en prennent prétexte pour établir « que la grippe peut, en certains cas, engendrer l'ap- « pendicite. Je suis beaucoup plus radical, et je pose « en principe que la grippe est la principale cause,

« la cause presque unique de l'appendicite. Certes, il « existe des appendicites typhoïdiques, varioliques, « morbilleuses, ourliennes, et peut-être rhumatis- « males ; il existe des appendicites tuberculeuses ; il « existe même des appendicites par corps étranger ; « mais toutes ces appendicites mises ensemble consti- « tuent l'infime exception en regard de l'appendicite « grippale qui est la règle générale.

« Deux cas peuvent se présenter : ou bien les symp- « tômes de l'appendicite apparaissent en même « temps que d'autres manifestations de la grippe, et « dans ce cas, la relation qui existe entre elles est « facile à saisir ; où bien ces symptômes ne se « montrent qu'un certain temps après que la grippe « est ou paraît guérie. Les observations de M. Merklen « et celles, plus ou moins semblables, que chacun « de nous a pu recueillir, prouvent qu'assez souvent « l'appendicite se développe au cours même de la « grippe. Ce n'est pas de préférence, comme on « pourrait le croire, dans les formes abdominables ou « gastro-intestinales de la grippe que cette éventualité « se produit ; dans une des observations de Merklen « il est pourtant fait mention d'entéro-colite. Mais « cela doit être exceptionnel ; du moins n'ai-je vu « le syndrôme appendiculaire n'éclater que dans « les cas de grippe banale, où le ventre ne parais- « sait pas avoir été touché au préalable. Il ne semble « pas que l'appendicite résulte de la propagation « d'une inflammation de voisinage ; elle est plutôt « une manifestation purement localisée de l'infection

« générale : Maintenant, pourquoi cette localisation « si fréquente? La grippe agit-elle en exaltant la « virulence des microbes qui habitent normalement « l'appendice, ou bien frappe-t-elle l'appendice com- « me elle frappe l'amygdale, en vertu d'une prédi- « lection marquée pour les organes riches en tissu « lymphoïde? Les deux explications ont été soutenues « et peuvent être également vraies. »

Nul ne songe à contester à l'heure actuelle le rôle étiologique de la grippe dans l'appendicite. Les lésions de l'appendice dans la fièvre typhoïde sont aussi nettement établies. Hoffman, sur 233 autopsies, a constaté 47 fois l'altération du cœcum et de l'appendice consécutive à la dothiénentérie.

D'après Rolleston, la fréquence serait plus grande encore, et l'on pourrait constater des lésions appendiculaires dans le quart des cas observés ; la littérature pathologique est très riche en observations de perforations appendiculaires typhiques ; le fait ne paraît pas surprenant, si l'on songe que l'infection frappe ici de préférence les formations lymphoïdes de la terminaison de l'iléon. Il arrive assez souvent que la fièvre typhoïde évolue sous forme d'appendicite ; tous les signes de début se trouvent dès lors réunis : défense abdominale, point de Mac-Burney, vomissements, état général grave ; puis le tableau s'amende, se modifie, prend un tout autre aspect, et le séro-diagnostic donne la certitude d'une infection dothiénentérique. M. Moizard, qui signale des cas de fièvre typhoïde à début brusque simulant l'appendi-

cite, ne nie pas qu'il ne soit possible en ce cas d'incriminer la prédominance des lésions du tissu adénoïde de la muqueuse de l'appendice. La douleur si nettement localisée, l'hypéresthésie de la paroi, la défense musculaire, les vomissements, tout porte à penser que le processus typhique peut parfaitement coexister avec une appendicite véritable qui lui serait subordonnée.

La dothiénentérie évolue au niveau de l'appendice comme dans l'intestin, et s'y traduit par des lésions analogues. Mais ces lésions empruntent à la disposition de l'appendice, à son mode de réaction, des caractères particuliers ; tout un ensemble de signes et de complications expriment cette participation, et, en certains cas, le rôle de l'appendice dans la fièvre typhoïde, loin de rester effacé, peut prendre un rang primordial, et dominer la scène pathologique. « Parmi les causes d'appendicite, dit M. Guinard, « j'appelle surtout l'attention sur la fièvre typhoïde. « Depuis que j'ai cette conception dans l'esprit, j'ai « pu m'assurer plusieurs fois par le séro-diagnostic « que la crise appendiculaire était un typhus levis- « simus méconnu jusque-là... Si l'on voulait s'as- « treindre à user du séro-diagnostic dans tous les « cas d'appendicite, on s'apercevrait plus souvent « qu'on ne le pense, que les accidents sont survenus au « cours d'une dothiénentérie légère méconnue ». Dès 1869, Morin, parlant des lésions de l'appendice dans la fièvre typhoïde, relatait des cas de gangrène ; Murchison, Gouronnec, signalent des faits analo-

gues. Les lésions observées sont d'ailleurs très nettes dans la plupart des cas. Dans une observation de M. Letulle, l'appendice dilaté présentait à 5 centimètres de son extrémité inférieure une perforation qui amputait l'organe dans la moitié antérieure de sa circonférence ; l'ouverture de l'appendice permit de se rendre compte des dimensions considérables de cette perforation, à peu près régulièrement arrondie, large de 5 à 6 millimètres dans tous les sens. Au-dessus de la perforation, le reste de la muqueuse appendiculaire paraissait tuméfié, hyperémié ; à 2 centimètres de son orifice existait une première ulcération, bientôt suivie d'une seconde, toutes les deux petites, arrondies, larges de 2 à 3 millimètres ; enfin au niveau de la pointe de l'appendice existait un gros follicule clos, non ulcéré, mais très tuméfié.

La perforation, tel est en effet l'aboutissant que nous avons relevé dans les observations que nous avons étudiées. Le début pouvant être, nous l'avons vu, très bruyant, prêt à l'erreur, et il ne faut pas trop se hâter d'intervenir, comme s'il s'agissait d'appendicite vraie. Mais il est nécessaire de se tenir sur ses gardes. Enfin M. Dieulafoy a signalé des cas d'appendicites paratyphoïdes. Elles aboutissent fréquemment à l'abcès péricœcal ; l'ascension de la température, la douleur localisée et enfin la fluctuation permettent ici un diagnostic plus aisé.

M. Simonin a eu l'occasion d'observer dans son service des cas d'appendicites n'ayant pas abouti à la suppuration, et tous consécutifs à des infections

primitives. Les manifestations appendiculaires de cette nature « étaient le plus souvent latentes, pres- « que silencieuses, et nécessitaient pour être décelées « un examen des plus minutieux. La crise appendi- « culaire avec son appareil émouvant de symptômes « faisait souvent défaut, ou bien se limitait à une « simple et courte ébauche si le péritoine n'était pas « atteint, et alors même que les lésions de l'organe « étaient étendues et profondes ainsi que l'ont mon- « tré un certain nombre d'autopsies ». Il y avait suivant les cas simple adénite appendiculaire, ou appendicite catarrhale latente susceptible d'aboutir à la crise d'appendicite aiguë. La douleur pouvait être mise à la rigueur sur le compte des tiraillements de l'appendice congestionné sur un méso anatomiquement trop court et qui ne pouvait le suivre dans son expansion anormale, ou mieux était due à une périfolliculite envahissante, propageant l'irritation inflammatoire jusqu'au péritoine. Il nous a paru utile de donner ici un résumé succinct des observations de M. Simonin ; si la lecture en est un peu fastidieuse, elle nous paraît instructive et probante.

Des symptômes appendiculaires ont éclaté ou ont été révélés par l'examen dans les cas suivants :

Angines. — Une angine rouge à coli-bacilles et cocci isolés ne prenant pas le gram ; bronchite généralisée et épistaxis à répétition : douleur à la pression du 5e au 7e jour, pas d'empâtement.

Une angine rouge à streptocoques type Fehleisen ;

appendicite catarrhale latente réveillée par la pression du 6e au 11e jour.

Une angine pseudo-membraneuse avec rhinite purulente à streptocoques ; appendicite catarrhale latente révélée par la douleur à la pression du 2e au 12e jour. Hypertrophie des amygdales.

Une amygdalite à répétition ; deux poussées fébriles l'une à staphylocoques dorés, la seconde à colibacilles, accompagnée d'une crise appendiculaire du 2e au 4e jour, avec nausées, douleur spontanée et à la pression.

Une amygdalite double à streptocoques avec abcès folliculaires et rhinite séro-purulente à bacilles de Löffler courts; virulents. Crise appendiculaire révélée par la douleur spontanée et à la pression, congestion hépatique et splénique du 2e au 6e jour.

Une angine pseudo-membraneuse avec rhinite purulente à streptocoques ; symptômes infectieux, hyperthermie, stupeur, épistaxis, albuminurie, congestion douloureuse du foie et de la rate. Crise appendiculaire révélée par la douleur à la pression et des vomissements du 8e au 11e jour.

Une angine pultacée à staphylocoques dorés, diplocoques et streptocoques, adénopathies cervicales volumineuses, rhinite séreuse, conjonctivite légère et rash maculeux, hypermégalie hépathique et splénique ; crise appendiculaire révélée par la douleur à la pression et des nausées du 11e au 13e jour (*).

* La Caze, de Montauban, signale également des crises appendiculaires consécutives à des angines herpétiques. Apolant, cité par Jalaguier, signale l'angine folliculaire, Carron de la Carrière une appendicite et une angine simple simultanées.

Oreillons. — Un cas d'oreillons parotidiens et sous-maxillaires bénins avec polyadénite ; appendicite latente révélée par la douleur à la pression du 3e au 5e jour.

Un cas semblable avec appendicite latente du 4e au 5e jour.

Un cas d'oreillons parotidiens avec crise appendiculaire manifestée par des douleurs spontanées et à la pression du 2e au 15e jour.

Un cas d'oreillons à début insidieux, avec amygdalite folliculaire et orchi-épididymite bilatérale ; crise appendiculaire violente du 6e au 9e jour avec vomissements, diarrhée et état infectieux.

Erysipèle. — Un cas d'érysipèle à forme envahissante, évoluant en plusieurs poussées avec symptômes sévères ; appendicite latente consécutive.

Une rhinite muco-purulente avec érysipèle de la face et du cuir chevelu, de la nuque et du dos, évoluant en deux poussées. Crise appendiculaire du 13e et 14e jour avec douleurs vives spontanées et à la pression et diarrhée profuse.

Un érysipèle de la face et du cuir chevelu avec hyperthermie et albuminurie. Crise appendiculaire du 3e au 7e jour avec douleurs spontanées et à la pression, état nauséeux, vomissements bilieux, rash scarlatiniforme.

Scarlatine. — Un cas de scarlatine d'intensité moyenne avec congestion hépatique et urobilinurie. Appendicite catarrhale latente révélée par la douleur à la pression du 3e au 6e jour.

Une scarlatine à début insidieux par une angine modérée avec diarrhée. Appendicite catarrhale latente révélée par la douleur à la pression du 8e au 17e jour.

Une scarlatine d'intensité moyenne avec rhino-pharyngite muco-purulente tenace à streptocoques, appendicite catarrhale latente du 4e au 6e jour.

Une amygdalite à streptocoques évoluant en deux poussées, folliculeuse et pultacée, compliquée de gingivite, et scarlatine avec strepto-diphtérie pharyngée, crise appendiculaire du 7e au 9e jour.

Une scarlatine à début sévère, hyperthermie, adynamie, amygdalite ulcéro-membraneuse à streptocoques, bacilles fusiformes et spirilles. Crise appendiculaire du 12e au 15e jour (*).

Nous avons vu d'autre part que l'autopsie, pratiquée systématiquement pendant un an sur tous les sujets morts à l'hôpital d'Aubervilliers d'infections diverses, avait permis la constatation de lésions appendiculaires et intestinales particulièrement nettes dans la diphtérie et dans un cas de rougeole grave. La variole, le typhus, la coqueluche, le rhumatisme articulaire aigu, l'ictère infectieux et la pneumonie ont été signalés par Mlle Gordon.

* La stase fécale que provoque le régime lacté ordinairement employé au cours des fièvres éruptives paraît de nature à favoriser les manifestations virulentes du coli-bacille. M. Julié. (*Arch. de méd. et pharm. militaires* juin 98) cite un cas de scarlatine compliqué d'appendicite à l'hôpital de Versailles ; l'appendice renfermait un coprolithe, ce qui diminue l'intérêt de cette observation au point de vue des recherches étiologiques qui nous occupent.

La varicelle et la vaccine ne paraissent pas être des causes fréquentes d'appendicite. Russel signale un syndrôme rappelant l'appendicite après « a case of fatal vaccination ».

En tant que maladie générale, la pneumonie peut évidemment déterminer une appendicite secondaire. Poliakoff signale une appendicite accompagnée de pneumonie à staphylocoques. Mais il ne faut pas confondre avec une crise appendiculaire le syndrôme avec point de côté abdominal que l'on retrouve au début de la pneumonie chez quelques adultes, et plus souvent chez les enfants. Dans la pneumonie droite, ce point de côté occupe souvent le flanc droit et la région de la fosse iliaque, et comme il existe en même temps de la fièvre, des vomissements et de la constipation, le médecin, appelé dès le début, en présence de cette scène bruyante et paraissant exclusivement abdominale, pense à l'appendicite. Mais l'incertitude est de courte durée, car au bout de 2, 3 ou 4 jours, le syndrôme se désagrège pour faire place aux signes thoraciques. Le point de côté est dû dans ce cas à une névralgie réflexe de la branche perforante antérieure du XII[e] nerf interscostal et cette névralgie a pour point de départ la phlogose du poumon. Les pleurésies semblent compliquer plus fréquemment l'appendicite qu'en être une conséquence, les observations de M. Dieulafoy en témoignent.

La tuberculose pulmonaire peut entraîner l'appendicite. Patel signale le fait, et Cathelin l'avait précédé dès 1899. Il s'agissait dans une de ses observa-

tions d'une fillette de souche tuberculeuse qui fut prise brusquement d'attaque appendiculaire. M. Letulle qui examina l'appendice trouva l'extrémité de de cet organe semée de nombreux foyers caséeux au niveau de l'orifice appendiculaire. On ne put déceler l'existence du bacille de Koch et tout le reste de l'appendice était sain. A côté des appendicites d'origine et de nature tuberculeuses bien étudiées par M. Letulle dans son mémoire sur les appendicites au point de vue histo-pathologique, on peut encore rencontrer chez les tuberculeux à simple titre d'accident, et sans spécificité aucune, des appendicites inflammatoires aiguës. Les examens histologiques faits par M. Letulle montrent que dans les cas observés, il y avait tout à la fois sclérose inflammatoire chronique et lésions récentes de folliculite et périfolliculite aiguës. La sclérose confirme ce fait qu'un appendice réagissant cliniquement pour la première fois peut être un appendice déjà malade depuis longtemps.

Nous avons esquissé au cours de ce petit travail le rôle des entérites dans l'appendicite. Vandenbosche parle également d'appendicites consécutives à la dysenterie, avec perforations dysentériques du cœcum. Tout le monde paraît d'accord là-dessus. Mais le rôle de l'entéro-colite muco-membraneuse est beaucoup plus discuté. Il n'est pourtant pas possible d'admettre que la propagation de l'inflammation intestinale ne puisse se faire jusqu'au cœcum et de là

jusqu'à l'appendice. Les troubles gastro-intestinaux qui précèdent quelquefois l'appendicite, dit Vorbe, sont d'ailleurs presque toujours dus à l'entéro-colite muco-membraneuse. Leur étude, leur rapprochement avec les symptômes de cette maladie permettent cette affirmation. Les observations consignées dans la thèse de Vorbe montrent d'autre part que l'ablation de l'appendice ne fait pas toujours disparaître ces troubles gastro-intestinaux. L'appendicite chronique serait la forme qui succèderait le plus souvent à l'entéro-colite et cette complication serait fréquente chez les enfants. L'ablation de l'appendice ne s'impose d'ailleurs pas chez les gens atteints d'entéro-colite, puisque la complication n'est pas fatale ; mais chez tous ces malades on doit songer à la complication possible, et surveiller l'appendice. M. Dieulafoy nie l'appendicite en ce cas ; pour lui, il s'agit de typhlite pure et simple. Pour M. Talamon, au contraire, une infection localisée au cœcum, ou au gros intestin peut évoluer pendant longtemps avant que la localisation appendiculaire se produise. Il y a alors peut-être propagation par la voie sanguine, mais surtout, d'une façon beaucoup plus naturelle, par pénétration directe des germes venus du cœcum à travers l'orifice appendiculaire. MM. Lucas-Championnière, Brun, Mathieu, Legendre, Walter, se rangent à cet avis. M. Reclus, en 1897, a rapporté 17 cas d'appendicites consécutives à l'entéro-colite. MM. Siredey, Comby, Florand, déclarent à la société médicale des hôpitaux que la colite prédispose à l'appendicite.

M. Moizard dit aussi : « Dans le cas où l'infection intestinale, origine la plus fréquente des lésions appendiculaires, est intense, entéro-colite, typhlite, appendicite forment souvent un ensemble pathologique où les étapes sont parfois distinctes et successives, parfois contemporaines. » Nous avons observé nous-même un cas très net à Arpajon, dans la clientèle de notre ami le Dr Dupinet.

Les infections biliaires sont susceptibles de déterminer l'appendicite. Kehr, Muller, M. Quénu avaient déjà observé le fait, quand M. Dieulafoy vint insister sur ce point particulier de la pathogénie de l'appendicite en Juin 1903. « Il ne s'agit pas ici, dit-il, de « coexistence fortuite livrée au hasard, mais il s'agit « de deux infections associées, l'une entraînant l'autre « On peut dire que l'appendicite et la cholécystite s'appellent, se combinent, s'accouplent, et de cet « accouplement, dont l'apparition est tantôt brusque « et aiguë, tantôt lente et progressive, naît un état « complexe. » Dans les observations qu'il rapporte, « les lésions aiguës ou chroniques des appendicites « associées à la cholécystite se présentent sous les for- « mes multiples de toutes les appendicites : liquide « muco-purulent ou hémorrhagique, ulcérations des « parois de l'appendice, sténose, dilatation, perfora- « tion, gangrène, adhérences, suppuration péri- « cœcale, péritonite etc. Les cholécystites sont calcu- « leuses ou non calculeuses, la vésicule biliaire étant, « suivant le cas, distendue, épaissie, rétractée, adhé- « rente et contenant un liquide variable comme quan-

« tité et comme qualité ». Pour M. Dieulafoy, dans la grande majorité des cas ce n'est pas l'appendicite qui provoque la cholécystite, mais c'est la cholécystite qui provoque l'appendicite. L'infection n'est pas ascendante, elle est descendante.

« Du reste, dans le plus grand nombre des obser-« vations, 25 fois au moins sur 30, on voit que ce « sont les symptômes des lésions biliaires qui ouvrent « la scène, les symptômes de l'appendicite n'appa-« raissent que secondairement, quelques jours, quel-« ques semaines, quelques mois plus tard. »

Et dans ce cas, « méconnaître l'appendicite et se « cantonner sur le terrain seul de la cholécystite est « une erreur à tous les points de vue préjudiciable, « car elle peut fausser l'indication thérapeutique. On « croit avoir alors tout le temps de combattre l'in-« fection de la vésicule biliaire, on temporise et pen-« dant ce temps là, l'appendicite qu'on a méconnue « peut marcher rapidement avec son cortège d'acci-« dents toxi-infectieux, avec ou sans péritonite, avec « ou sans gangrène, avec ou sans perforation, et la « vie du malade est compromise par la double ou « par la triple infection, faute d'avoir agi à « temps ».

L'actinomycose peut se cantonner sur l'appendice. Les observations de Thévenot, Wolish, Hinglais, Daske, Rausom, etc. en font foi. Quant au rhumatisme, peut-il se compliquer secondairement d'appendicite? Robinson, Sutherland, Brazil, Frazer, Mlle Gordon en rapportent plusieurs cas. Quoi qu'il en soit,

ces constatations ne sont pas intéressantes seulement au point de vue clinique. Elles sont une indication thérapeutique précieuse, le traitement local et le traitement général devant se combiner dans ces affections, quand les circonstances l'exigent.

CONCLUSIONS

1° Grâce à sa constitution histologique, l'appendice prend part aux réactions de défense contre l'infection De ce fait, il est prédisposé aux localisations infectieuses avec les autres organes lymphoïdes.

2° Il existe des appendicites héréditaires et familiales qui peuvent s'expliquer par l'influence du milieu et de l'hygiène, mais aussi par la transmission d'une malformation appendiculaire et de défaut de résistance à l'infection : cette notion de l'infection est notoire dans beaucoup d'appendicites familiales dont la cause paraît souvent méconnue, et dans les appendicites épidémiques.

3° Une infection larvée peut se manifester par une crise appendiculaire aiguë, ou une infection aiguë laisser à sa suite des lésions appendiculaires latentes susceptibles d'évoluer ultérieurement : l'autopsie a révélé des lésions histologiques de l'appendice au cours de maladies infectieuses qui ne s'étaient compliquées d'aucune crise d'appendicite. Dans l'un et l'autre cas, il n'est pas toujours facile de rattacher le syndrôme à sa véritable origine, et il est vraisemblable que beaucoup d'appendicites qui paraissent relever des causes banales sont sous la dépendance,

directe ou indirecte, d'une infection antérieure ou concomitante.

4° Les microbes retrouvés au niveau de l'appendice peuvent être les microbes de l'infection causale ; mais dans la grande majorité des cas, c'est le colibacille ou ses variétés qu'on doit incriminer.

5° La crise appendiculaire aiguë fait souvent défaut dans certaines maladies infectieuses comme la variole et l'érysipèle, et les symptômes de l'appendicite larvée doivent alors être recherchés avec soin.

6° Le facteur principal de l'appendicite est la grippe. Puis viennent la fièvre typhoïde, les infections gastro-intestinales, si souvent subordonnées elles-mêmes à un processus général infectieux, les angines, les fièvres éruptives, les infections biliaires, thoraciques, abdominales, et diverses autres infections, de nature bien déterminée, comme la diphtérie, ou indéterminée comme les oreillons, le rhumatisme articulaire aigu.

7° L'appendicite de cause générale est très fréquente et dans ce cas, il y a lieu d'instituer, indépendamment de tout autre traitement, un traitement général.

Vu : le Président de la thèse,
RAYMOND

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Achard et Broca. — Soc. méd. des hôp. de Paris, 26 mars 1897.

Adenot. — L'appendicite et le bactérium coli commune. Gaz. méd. de Paris 1898, 7 s. VIII 580.

Aguilar (D). — Formas prolongadas febriles de la influenza ; sobre su localization en el aparato digestivo, pronostico. Semana. med. Buenos-Aires, 1901. VIII 481-87.

Alexandroff. — Laparotomie dans un cas de perforation appendiculaire post-typhique. In : J. de Clin. et thérap. infant. Paris, 30 août 1894.

Barbe. — Appendicite dans la fièvre typhoïde. In : perforation de l'intestin grêle. Thèse Paris 1895.

Bartoli (L). — Causes de l'appendicite. Gaz méd. du cent. Tours 1902. VII 149.154.

Barette — Des appendicites (Clin. de l'Hôtel-Dieu de Caen) Ann. méd. de Caen, 1900. XXV, 21, 29,66, 103, 110,162.

Baudoin. — Bullet. Soc. Anat. Paris 1887 LXII, 749.54.

Bayet (M. Ed.) — Typhoïde et appendicite. Etude clinique et diagnostic différentiel. Th. Paris 1900-1901.

Beaussenat. — Appendicite expérimentale. Pathogénie. In : th. Paris 1896-97.

Bernard (F). — Rapports de la colite muco-membraneuse et de l'appendicite. (Congrès de Madrid 1903). In : Bull. méd. Paris 1903. n° 47. XVII. 562.

Bernheim. — Un cas d'appendicite typhique Soc. méd. de Nancy, C. r... Mém., 1895. 96, XXX.

Beurnier (L). — Quelques réflexions à propos de la colite muco-membraneuse et de l'appendicite qui se produit au cours de cette maladie. J. d. Praticiens, Paris, 1900. XIV. 81, 83.

Bierhoff — Deutsch. Arch. für. Klin.med. XXVIII.

Bogart. — Perforation de l'appendice et de l'iléon dans la convalescence de la fièvre typhoïde. In : Ann. of. surg., Phila. 1896. p. 596.

Bornay (J). — Grippe. Complications. Bactériologie Th. Paris 1900-01.

Bouglé (J). — Appendicite tuberculeuse. Arch. gén. de méd. Paris 1903. I. 263.78.

Boutecou. — Perforation typhique de l'appendice. In : abdominal section for ruptured typhoïd ulcer and for intestinal obstruction. J. am. med. Ass. 1888. 28janv. p. 106.

Brazil — (W. H). Two cases of appendicités associated with rheumatism. Brit. M. J. Lond. 1895. 1142.

Brionval. — Th. Lyon, 1900.

Broca. — Appendicite et embarras gastrique fébrile. Rev. mens. des mal. de l'enf. Paris, 1902. XX, 529. 542.

Brousse (A). — Gaz. hebd. d. Sc. méd. Montpel. 1883. V, 349-61.

Carrel. — Complications appendiculaires. In : de l'Entérite muco. membraneuse th. Paris 1897.

Carter (W. S). — Perforating typhoïd ulcer of appendix. Tr. Path. soc. Phila. 1898. XVIII, 38.

Cathelin. — Appendicites aiguës chez les tuberculeux. Press. méd., Paris, juillet 1898, juillet 1899.

Chambard (L). — Lésions appendiculaires dans l'entéro-colite In. Contribution à l'étude de l'Etiologie et de la pathogénie de l'appendicite. T. Lyon, 1899.

Charpentier. — Appendicites au cours d'une épidémie de grippe. Bull. méd., Paris, 1901. XV. 239.

Charrin. — Traité de Pathol. Gén. p. 240. Soc. de Biol., 1897-98.

Chastanet. — Appendicite et entéro-colite, In ; Th. Paris, 1897.

Chauvel. — Arch. de méd. et pharm. milit., 1899.

Comby et Zielinski. — Pneumonie simulant l'appendicite. Arch. de méd. d'enf., Paris, 1902. V, 741-44.

Cordier (A.-H). — Appendicitis, complicating typhoïd fever. Therap. dig. Kansas City, 1898-99. I. 75.

Corbellini (E.-J). — El bacillo de Pfeiffer en la appendicitis. Rev. Soc. med. argent., Buenos-Aires, 1902, 824-32.

Coulomb (P). — Contribution à l'étude des lésions de l'appendice dans la fièvre typhoïde. Th. Paris, 1899.

Courmont, Doyon et Paviot. — Des lésions intestinales dans l'intoxication diphtérique expérimentale aiguë. Arch. de Physiol. norm. et path., Paris, 1898, 5s VII. 484-491.

Courtois-Suffit. — Traité de médecine. Article appendicite, T. IV.

Coyne et Hobbs. — Appendicite à bacilles pyocyaniques. Soc. Biol., Paris, 1900, LII. 645,

Cozzolino (O). — Sulla pneumonite lobare acuta nei bambini a dolore ectopico appendicolare. Gaz. d. osp., Milano, 1903. XXIV. 45.

Dance. — Recherches sur les altérations que présentent les

visières dans la scarlatine et la variole. Arch. gén. de méd. Paris, 1830, XXIII, 321, 481.

Daske (O). — Ueber ein Fall von Appendicitis actinomycota mit Ausgang in Pyämie. Inang. Dissert. Greifswald, 1902. Feb., n° 6.

Delagenière. — De l'appendicite dans les affections de l'utérus et des annexes, ou appendicite folliculaire, cancéreuse et tuberculeuse d'origine annexielle. Gynéc. Paris, 1900. V. 560-512.

Dieulafoy. — Pleurésie appendiculaire Press. méd., Paris. 18 avril 1900.

— Clin. de l'Hôtel-Dieu, Paris, 1897-et 1898.

— Appendicites paratyphoïdes. Press. méd., Paris, 28 octobre 1896.
Fièvre typhoïde simulant l'appendicite. Bull méd., Paris 1901. XV, 138.

— Etude sur l'association de l'appendicite et de la cholécystite avec ou sans péritonite. Press. méd. 17 juin 1903.

Dubourg. — Appendicites. Mém. et Bull. Soc. Méd. et Chir. Bordeaux 1900. 347-77.

Faisans. — Appendicites consécutives à la grippe. In : Bull. et Mém. Soc. méd. hôp., Paris 26 mars 1899.

Fenwick (s) On the condition of the stomach and intestines in scarlatina. (Abstr). Proc. Roy. M. a. Chir. Soc. Lond., 1864. IV., 362-78.

Ferrier . — Appendicite pneumococcique. Bull. et Mém. Soc. méd. des hôp,, Paris 1902 XIX 849,53.

Fitz . — Typhlo. enteritis with perforation of the appendix vermiformis. Boston. M. a. s. J. 1877. XCVII. 533.

Fowler (G.R.) A preliminary note upon the relation of the

bacterium coli commune to appendicitis. N. York. M. J., 1893. L VIII, 434.

Frazer .— (J. E). Rheumatic appendicitis. Brit. M. J. Lond. 1895. 1. 1320.

Froussard (p). Entero-colite muco-membraneuse. Th. Paris 189-899.

Gagnière. — Grippe et appendicite. Gaz. hop, Paris 1899. LXXII. 1181.84.

Garnier. — Des manifestations intestinales et gastro-intestinales du paludisme. Th. Bordeaux 1888.

Garreau. — Les pneumonies à point de côté abdominal. Pseudo-appendicites pneumoniques. Paris. J. Rousset. 1903.

Gérard-Marchand. — Péritonite due à la cholécystite par perforation de l'appendice. In: cholécystite calculeuse suppurée suraiguë. Bull. et Mém. Soc. Chir., Paris 1897. XXIII, 304-306.

Gigon. — Typho-appendicite. Th. Paris 1900-01.

Goloubow. — Appendicite comme infection microbienne épidémique. Ejened. St-Pétersb., 1896. IV. 182.

Gouget. — Appendicite folliculaire par pyohémie expérimentale. Soc. de Biol. 8 juillet 1899.

Gouronnec. — De la typhlite et périty phlite dans leurs rapports avec la fièvre typhoïde. Th. Paris 1881.

Grifouilhière. — Existe-t-il des entérites rhumatismales? J. des Conn. méd. Chir., Paris 1841. IX. 12. 23.

Grisolle. — Point de côté iliaque dans la pneumonie In : Traité de pneumonie., p. 478.

Guéneau de Mussy. — Perforation de l'appendice dans la fièvre typhoïde. In : Clin. méd. T. III.

Guillemin. — Appendicite et voies biliaires. In : Etude clinique sur la cholécystite calculeuse Paris 1899.

Guinard (A). — Pleurésie et appendicite. Assoc. franc. de Chir. Proc. Verb., Paris 1902, 472-482.

Hall (J. N.). — The association of appendicitis and typhoïd fever. Tr. Colorado M. Soc., Denver, 1896. 161-65.

Hare (H. A.). Appendicitis and typhoïd fever. Méd. News. N. Y., 1900. LXXVII. 81-83.

Hayem. — Lésions intestinales de la dysenterie, etc. Bul. Soc. Anat. Paris. 1869. XLIV. 236-40.

— Appendicite grippale. Bul. et Mém. Soc. méd. des Hôp. Paris, 19 mars 1897.

Hinglais (M.). — Essai sur l'actinomycose appendico-cœcale. Lyon. A. H. Storck 1897. n° 78.

Hopfenhausen (Mlle.). Etude sur l'état de l'appendice dans le cours de la fièvre typhoïde. Rev. Méd. Suis. rom., Genève 1899. XIX. 105-133.

Huchard et Guéniot. — Perforation typhique de l'appendice immédiatement au-dessus de son abouchement au cœcum. In. perforation intestinale au déclin d'une fièvre typhoïde, etc. Bull. Soc. Anat. Paris, avril 1899.

Humphreys. — (F. R.). — Perityphlitis complicating tonsillitis. Brit. M. J. Lond., 1891. I. 698.

Hutinel. — (Complications appendiculaires). Etude sur la convalescence et les rechutes de la fièvre typhoïde. Paris. A Parent., 1883.

Isaac. — Colite muco-membraneuse. Th. Paris 1899-1900.

Jalaguier. — Traité de chirurgie. Article « appendice. »

Josué. — Soc. de Biol. 13 mars 1897.

Juéry. (F.). — Des ulcérations intestinales dans l'érysipèle cutané. Essai sur leur pathogénie. Th. Paris 1887.

Klecki (De). — Annales de l'institut Pasteur, juin 1899.

Kramer. (S. P.) — Studies in pathogenesis of appendicitis Ann. Surg. Phila., 1902 XXXV. 701-707.

Lacot y Martinez (E.). — Des manifestations rhumatismales du tube digestif. Th. Paris 1882.

Lambin (C.). — Essai sur le rhumatisme aigu des voies digestives. Th. Paris 1880.

Lannelongue. — Appendicite et causes. Compte-rend. acad. des Sc. Paris 1902. CXXXIV. 1553-59.

Larcher. — Ulcérations intestinales dans l'érysipèle, Arch. gén. de méd., Paris 1894. II. 689-97.

Legueu. — Appendicite et Annexite. In. Leçons de clin. chir., Paris Alcan. 1902. III.

Lennander (K). Bactérium coli commune, en orsak till appendicit. Upsala. Lakaref. Forh. 1893 XXVIII. 250.

Letulle. — Perforation de l'appendice au cours d'une fièvre typhoïde normale ; péritonite aigüe ; mort. Press. méd., Paris 1895.

Lucas-Championnière. — J. de méd. int., Paris 1903. VII. 21-25.

Mauclaire. — Bull. méd. octobre 1899.

Mauger. — Perforation de l'appendice dans la fièvre typhoïde In ; La perforation typhique de l'intestin et de ses annexes. Th. Paris. 1900.

Maurin (E) — Cholécystite calculeuse avec irradiations dans la fosse iliaque droite simulant l'appendicite. In : Essai sur l'appendicite et la péritonite appendiculaire. Th. Paris 1890.

Meessen (W). — L'entérite muco-membraneuse. Ann. inst. chir. de Bruxelles 1902. IX 139-147.

Merklen. — Appendicite grippale. Bull. et Mém. Soc. méd. des hôp. Paris, 1900. XV. 929-32.

Mirande (P. A.). — Syndrôme appendiculaire sans lésions de l'appendice dans les affections thoraciques. Th. Paris 1900.

Mitchell (E.W.). — Amygdalitis followed by appendicitis, nephritis and endocarditis. Arch. Pediat. N. Y. 1903 XX. 182-84.

Moizard. — Appendicite typhoïdique. In. fièvre typhoïde à début brusque simulant l'appendicite. J. de méd. et chir. prot. Paris, juillet 1899.

Mongour. — Appendicites. Mem et Bull. soc. méd. chir. de Bordeaux, 1900. 425. 433. 543.

Morin. — Perforations appendiculaires, 12 cas. In : Perforations intestinales dans le cours de la fièvre typhoïde. Th. Paris, 1869.

Morris (R. E.). — Infections appendicitis, Paper Read at the Pan. American med. congress. sept. 1893.
Symptômes appendiculaires dans un cas de pneumonie lobaire. In : N. Y. M. J., 5 avril 1899.

Oppenheim et Laubry. — L'appendice dans la tuberculose In : arch. gén. de méd., Paris, juin 1899.

Parkhurst (G. D.). Complications and sequelæ of pneumonia. Vermont. M. Mouth, Burlington 1903, IX. 9-14.

Pastia (P. A.). — Recherches sur les complications abdominales du rhumatisme articulaire aigu Th. Paris 1869.

Patel. (M.). — Appendicite totale aigüe chez un tuberculeux. Lyon médical. 1900, XCV: 621-31.

Pepper. — A case of typhoïd fever complicated by typhlitis. Univ. M. Mg. Phila., 1889-90 II 262.

Petitbien. — Des ulcérations intestinales de l'érysipèle. Th. Paris 1883.

Poliakoff. (V.F.). — Appendicite accompagnée de pneumo-

nie à staphylocoques. In : med. Obozr. Mosk. 1901 LVI. 73-76.

Pozzi. — Press. méd. Paris. 2 janv. 1897.

Quillard (A). — Appendicite chez la femme. Paris. J. Rousset, 1901.

Rausom (W. H.). — A case of actinomycosis of the vermiform appendix causing perityphlitis. Méd. Chir. Tr. Lond., 1891-92, LXXV, 63-84.

Reclus (P.). — Entéro-colite et appendicite. Bull. acad. de méd. Paris, 1897. XXXVII, 325.

Rendu (H.). — Erysipèle contracté par contagion et propagé à tout le tube digestif. Franc. méd. Paris 1882. 865-70.

— Appendicite avec séro-diagnostic positif. In. pyléphlébite et abcès du foie consécutif à la fièvre typhoïde. Sem. méd. Paris, 6 fév. 1901.

Renou. — Th. Paris, 1901.

Richardson. — Cholécystite à forme d'appendicite. In. acute inflammation of the gall bladder. A. J. M. Sc. Phila., 1895. CXV. 629-49.

Robin (A.). — Pathogénie et traitement prophylactique de l'appendicite et de l'entéro-colite muco-membraneuse. Bull. Gen de thérap. etc. ; Paris 1897 CXXXII. 395-408.

— Traité des maladies de l'estomac. II, 539.

Robinson (B.). — Rheumatism as a cause of appendicitis. Points in its medical treatement. Med. Rec. N. Y. 1895. XLVIII, 373.

Rondneff (S. M.). — La bactériologie des appendicites. Chirurgia, Moskwa, 1901. IX, n° 50.

Routier. — Bull. Soc. de Chir. janv. 96, p. 66.

Russel (F. H.). — A case of fatal vaccination, infection which ressembled appendicitis. Peritonitis following inguinal adenitis and retrocecal purulent infiltration. J. Ann. M. Ass. Chicago, 1902 XXXVIII, 34.

Simon (L. G.). — Action du sérum antidiphtérique sur le sang et les organes hématopoïétiques. (Mémoire inédit).

Simonin. — Manifestations appendiculaires au cours de quelques maladies infectieuses. Bull. et Mém. Soc. Méd. des hôp. de Paris, 1902 XVIII, 1388-1409.

Sutherland. — (G. A.) Appendicitis and rheumatism. Lancet, Lond., 1895, II. 457-59.

— Some cases of appendicitis associated with rheumatism Edimb. Hosp. Rep. 1895, III. 190.

Talamon. — Point de côté iliaque et tuméfaction de la région cœcale dans la pneumonie. In : méd. mod., Paris, 14 janv. 1892.

Thévenot. — (L). Appendicite actinomycosique. Gaz. des hôp. Paris 1902. LXXV. 1277.

Thirial. — Manifestations appendiculaires dans la convalescence de la fièvre typhoïde. In : union méd. Paris 1853, nos 83, 84, 85,

Tripier et Paviot. — Sem. méd. 1899.

Vandenbossche. — (A). Appendicite consécutive à la dysenterie et perforation dysenterique du cœcum. Gaz. hebd. de méd. et chir., Paris 1902, XLIX.. 949-51.

Veillon et Zuber. — Arch. expérim. juillet 1898.

Vergriete. — Des causes d'erreur dans le diagnostic de la lithiase biliaire. Th. Paris 1899.

Vincent. — (H). Induration et gonflement de l'appendice par suite de l'infiltration folliculaire consécutive à

la fièvre typhoïde In : mercred. méd., Paris 1892, 17 fév. p. 73.

Vorbe. — Des rapports de l'appendicite et de l'entéro-colite muco-membraneuse. Th. Lyon. 1898.

Vouzelle. — (L.) Colite muco-membraneuse. Th. Paris, 1898-99.

Walter. — Appendicite subaiguë chronique consécutive à de l'entéro-colite chronique chez un enfant de 8 ans In : Bull. Soc. Chir., Paris, décemb. 1897.

Imp. de la Faculté de médecine, H. JOUVE, 15. rue Racine, Paris